

美馬市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、美馬市不育症治療費助成事業実施要綱第2条第1号の規定により、流産、死産のいずれかの状態に合計2回以上該当した既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

証明書の内容について、問い合わせをさせていただきます。医療機関の名称及び所在地

●●産婦人科
徳島県△△市□□町◇◇番地○
徳島 一郎 (印)

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

Table with 3 columns: 対象となる検査及び治療を受けた者, 配偶者(事実婚を含む), and 領収金額合計 ※1. Includes fields for name, birth date, treatment period, and amount.

診療期間内に行った検査にチェック☑をいれてください。検査項目以外のもを実施していても、本事業では対象外となります。

療のみ☑をしてください。のうち、本人負担額を記入してください。は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

どちらかにチェックしてく

Main table for medical examination and treatment. Includes sections for '検査' (Examination) with various antibody tests, '治療' (Treatment) with aspirin and heparin options, and '本人負担額' (Patient's contribution) with a monthly breakdown and total.

※ 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です)。